

MESTRADO  
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

# Fatores Psicológicos Associados à Qualidade de Vida em Pacientes com VIH/SIDA

Raul Manuel Rodrigues Figueiredo

**M**

2020



**Universidade do Porto**

**Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação**

**FATORES PSICOLÓGICOS ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA  
EM PACIENTES COM VIH/SIDA**

**Raul Manuel Rodrigues Figueiredo**

novembro 2020

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade  
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Marina Prista Guerra*

(FPCEUP)

## AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora de projeto, a Doutora Marina Guerra, por ter demonstrado enorme sentido de responsabilidade e competência, procurando exigir e supervisionar trabalho de uma forma acessível e suficientemente libertadora para que também eu pudesse mostrar essas qualidades. O acompanhamento foi sempre feito com muito cuidado e carinho, o que me deixou mais à vontade, até mesmo numa fase inicial em que as dúvidas e predominavam.

À minha orientadora de estágio, a Doutora Isabel Ramos, por me ter acolhido no seu local de trabalho de forma tão calorosa e atenciosa, tendo feito todos os possíveis para que a minha primeira experiência no contexto clínico fosse o mais recompensadora possível. Apesar de, hierarquicamente, estar acima de mim, nunca me tratou com altivez e sempre contou com as minhas opiniões e conhecimentos, pedindo a minha ajuda quando ela era necessária. A Doutora foi, sem dúvida, um excelente exemplo a ter em conta para o futuro.

À minha família e amigos por me terem ajudado a abstrair-me das responsabilidades académicas e a manter a moral em alta, mesmo nos momentos em que andei mais desmotivado.

A todas as pessoas do meu quotidiano que, de alguma forma, contribuíram para o meu bem-estar e para a minha aprendizagem enquanto homem, cidadão e futuro profissional de Psicologia.

O meu mais sincero “Obrigado”!

## RESUMO

Esta investigação tem como principal objetivo estudar a associação de diversas variáveis sociodemográficas, clínicas e psicológicas – apreciação corporal, responsividade corporal, afetos positivos, afetos negativos, ansiedade e depressão - com a qualidade de vida em pacientes com VIH. O estudo foi realizado no Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar Universitário de São João, no Porto, a partir de uma amostra de 60 adultos seropositivos com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos e com diagnóstico de VIH há pelo menos 6 meses. Os dados foram recolhidos com recurso aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Clínico, Escala de Apreciação Corporal 2 (BAS-2), Escala de Responsividade Corporal (BRS), Escala dos Afetos Positivos e Negativos (PANAS), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF). De um modo geral, conclui-se que não existem diferenças estatisticamente significativas atribuíveis à idade, escolaridade, estado civil, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, efeitos secundários do tratamento e a presença de outras doenças crónicas. Ainda assim, existem diferenças significativas em função do sexo dos participantes relativamente aos domínios físico e ambiental da qualidade de vida (em ambos os casos, as médias masculinas são superiores). Para além disso, a apreciação corporal e os afetos positivos estão positivamente associados com a qualidade de vida, enquanto que os afetos negativos, ansiedade e depressão estão negativamente associados com a variável em questão. Não foram encontradas correlações significativas entre a responsividade corporal e a qualidade de vida. Os modelos preditores dos vários domínios da qualidade de vida revelam-se significativos, explicando 32% da variância para o domínio geral, 38% para o domínio físico, 71% para o domínio psicológico, 25% para o domínio das relações sociais e 18% para o domínio ambiental. Embora a ansiedade tenha um contributo menor e a responsividade corporal não contribua de todo para os resultados, estes são particularmente influenciados pela apreciação corporal, afetos positivos, afetos negativos e depressão, sobretudo na dimensão psicológica da qualidade de vida. A depressão foi o indicador com contributo único em todos os modelos com exceção da qualidade de vida geral. Assim, futuras intervenções deverão prestar especial atenção às variáveis com impacto comprovado na qualidade de vida desta população clínica.

**Palavras-chave:** VIH; SIDA; qualidade de vida; apreciação corporal; responsividade corporal; afeto positivo; afeto negativo; ansiedade; depressão.

## ABSTRACT

The main goal of this research is to study associations of sociodemographic, clinical and psychological variables – body appreciation, body responsiveness, positive affects, negative affects, anxiety and depression – with the quality of life in patients living with HIV. The study was carried out at the Infectious Disease Service from the University Hospital Center of São João, Porto, from a sample of 60 HIV-positive adults aged between 18 and 67 years old, diagnosed for at least 6 months. The data was collected using the following instruments: Sociodemographic and Clinical Questionnaire, Body Appreciation Scale 2 (BAS-2), Body Responsiveness Scale (BRS), Positive and Negative Affect Schedule (PANAS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF). There were no statistically significant differences due to age, education, marital status, disease duration, treatment duration, side effects of treatment and chronic diseases. Even so, there were significant differences depending on the gender of the participants in relation to the physical and environmental domains of quality of life (in both cases, the male averages are higher). In addition, body appreciation and positive affects are positively associated with quality of life, while negative affects, anxiety and depression are negatively associated. No significant correlations were found between body responsiveness and quality of life. Predictive models of the various domains of quality of life are significant, accounting for 32% of the variance for the general domain, 38% for the physical domain, 71% for the psychological domain, 25% for the domain of social relationships and 18% for the environmental domain. Although anxiety has a low contribution and body responsiveness does not contribute at all to the results, the results of quality of life are particularly influenced by body appreciation, positive affects, negative affects and depression, specially in the psychological dimension. Depression was the one indicator with a unique contribution to all models except for general quality of life. Thus, future interventions should pay special attention to variables with proven impact on the quality of life of this clinical population.

**Keywords:** HIV; AIDS; quality of life; body appreciation; body responsiveness; positive affect; negative affect; anxiety; depression.

## RESUMÉ

L'objectif principal de cette enquête est d'étudier de plusieurs variables sociodémographiques, cliniques et psychologiques - appréciation corporelle, réactivité corporelle, affects positifs, affects négatifs, anxiété et dépression – avec la qualité de vie des patients séropositifs. L'étude a été réalisée au Service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire de São João, Porto, à partir d'un échantillon de 60 adultes séropositifs âgés de 18 à 67 ans et diagnostiqués séropositifs depuis au moins 6 mois. Les données ont été collectées à l'aide des instruments suivants: Questionnaire Sociodémographique et Clinique, Échelle d'Appréciation Corporelle (BAS-2), Échelle de Réactivité Corporelle (BRS), Échelle des Affects Positifs et Négatifs (PANAS), Échelle d'Anxiété et de Dépression Hospitalière (HADS) et l'Instrument d'Évaluation de la Qualité de Vie de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHOQOL-BREF). En général, on conclut qu'il n'y a pas de différences statistiquement significatives attribuables à l'âge, à l'éducation, à l'état matrimonial, au moment du diagnostic, à la durée du traitement, aux effets secondaires du traitement et aux maladies chroniques. Malgré cela, il existe des différences significatives selon le sexe des participants par rapport aux domaines physique et environnemental de la qualité de vie (dans les deux cas, les moyennes masculines sont plus élevées). De plus, l'appréciation corporelle et les affects positifs sont positivement associés à la qualité de vie, tandis que les affects négatifs, l'anxiété et la dépression sont associés négativement à la variable en question. Aucune corrélation significative n'a été trouvée entre la réactivité corporelle et la qualité de vie. Les modèles prédictifs des différents domaines de la qualité de vie sont significatifs, expliquant 32% de la variance pour le domaine général, 38% pour le domaine physique, 71% pour le domaine psychologique, 25% pour le domaine des relations sociales et 18% pour le domaine environnemental. Bien que l'anxiété contribue moins et que la réactivité corporelle ne contribue pas du tout aux résultats, elles sont particulièrement influencées par l'appréciation corporelle, les affects positifs, les affects négatifs et la dépression, en particulier dans la dimension psychologique de la qualité de vie. La dépression était l'indicateur avec une contribution unique dans tous les modèles, à l'exception de la qualité de vie globale. Ainsi, les futures interventions devront porter une attention particulière aux variables ayant un impact avéré sur la qualité de vie de cette population clinique. **Mots-clés:** VIH; SIDA; qualité de vie; appréciation corporelle; réactivité corporelle; affect positif; affect négatif, anxiété; dépression

## Índice

<b>Enquadramento Teórico</b> .....	1
1. História do VIH/SIDA .....	1
2. Características do VIH/SIDA .....	2
3. Variáveis Psicológicas Implicadas no VIH/SIDA .....	5
3.1. Qualidade de Vida .....	5
3.2. Bem-Estar Subjetivo/Afetos .....	6
3.3. Imagem Corporal .....	8
3.3.1. Apreciação Corporal .....	9
3.3.2. Responsividade / Autocuidado Corporal .....	10
3.4. Depressão e Ansiedade .....	10
<b>Estudo Empírico</b> .....	13
1. Objetivos do Estudo .....	13
2. Método .....	13
2.1. Participantes .....	13
2.2. Caracterização dos Participantes – Variáveis Sociodemográficas ...	14
2.3. Caracterização dos Participantes – Variáveis Clínicas .....	15
3. Material .....	15
3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico .....	15
3.2. <i>Body Appreciation Scale</i> (BAS-2) .....	16
3.3. <i>Body Responsiveness Scale</i> (BRS) .....	16



3.4. <i>The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS)</i> .....	17
3.5. <i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i> .....	18
3.6. <i>World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)</i> .....	18
4. Procedimento .....	20
5. Análise de Dados .....	20
<b>Resultados</b> .....	22
1. Caracterização das Variáveis .....	22
2. Estudo das Diferenças na Qualidade de Vida .....	22
2.1. Variáveis Sociodemográficas .....	22
2.2. Variáveis Clínicas .....	24
3. Relações entre as Variáveis Psicológicas e a Qualidade de Vida .....	25
3.1. Apreciação Corporal e Qualidade de Vida .....	25
3.2. Responsividade Corporal e Qualidade de Vida .....	26
3.3. Afetos Positivos e Qualidade de Vida .....	26
3.4. Afetos Negativos e Qualidade de Vida .....	26
3.5. Ansiedade e Qualidade de Vida .....	27
3.6. Depressão e Qualidade de Vida .....	27
4. Modelo Preditor da Qualidade de Vida .....	27
<b>Discussão</b> .....	30
<b>Conclusão</b> .....	38
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	40

## Enquadramento Teórico

### 1. História do VIH/SIDA

De acordo com a *Canadian Foundation for AIDS Research* (CANFAR), os cientistas acreditam que o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) surgiu como um agente infeccioso que afetava chimpanzés no Oeste Africano (República Democrática do Congo, mais especificamente). A CANFAR aponta 1930 como um ano aproximado de referência para o surgimento desse vírus, mas outras fontes, tais como a organização britânica AVERT, referem 1920. De qualquer forma, o facto do vírus ter passado dos chimpanzés para os humanos – provavelmente através da caça de primatas infetados e o consequente contacto com esse sangue – é consensual. Ao longo das décadas, o vírus espalhou-se por todo o continente africano e pelo resto do mundo.

Apesar de terem sido reportados casos esporádicos de HIV durante os anos 60, este vírus ainda era desconhecido. Crê-se que a epidemia atual começou em meados dos anos 70, sendo que em 1980, o vírus já se tinha espalhado por vários continentes (América do Norte, América do Sul, Europa, Ásia, África, Europa e Oceânia) – estima-se que, nesse período, tenham sido infetadas entre 100 000 e 300 000 pessoas, em todo o mundo (AVERT, 2018).

Em 1981, foram identificados casos de uma rara infeção pulmonar (em Los Angeles) e de um tipo especialmente agressivo de cancro (em Nova Iorque e na Califórnia), ambos incidentes em jovens adultos homossexuais – aliás, esta condição adquiriu inicialmente o nome de *Gay-Related Immune Deficiency* (GRID) por se considerar que apenas afetava homens *gay* (Guerra, 1998). Porém, até ao final desse ano, foram reportados casos da GRID em consumidores de droga injetável que não eram necessariamente homossexuais. Estas observações contribuíram para uma futura alteração de nome para esta condição.

Deste modo, em 1982, a doença foi renomeada para *Síndrome da Imunodeficiência Adquirida* (SIDA). É descoberto que pode ser transmitida sexualmente e através de contacto com sangue infetado, tendo sido reportados casos de transfusões com o mesmo. Ao longo das décadas, vários outros marcos foram alcançados, tanto em termos de

informações novas relacionadas com a patologia – transmissão entre mãe e filho através da amamentação descoberta em 1986 – como em desenvolvimentos na consciencialização do público – em 1988, criou-se o primeiro Dia Mundial da Luta Contra a SIDA, a 1 de dezembro; em 1991, a fita vermelha foi concebida como símbolo da luta contra a SIDA (Avert, 2018).

Em 1999, a *World Health Organization* (WHO) anunciou que a SIDA era a quarta maior causa de morte em todo o mundo, sendo a primeira em África – foi também revelado que cerca de 33 milhões de pessoas viviam com VIH e cerca de 14 milhões haviam morrido desde o início da epidemia. Contudo, em finais de 2010, Timothy Ray Brown (com a alcunha de “O Paciente de Berlim”, uma referência ao local onde foi tratado como forma de manter o seu anonimato), acabou por revelar a sua identidade ao mundo como uma pessoa curada e livre da SIDA, contribuindo para a mudança de paradigma que previamente ilustrava a patologia como uma sentença de morte lenta mas inevitável.

Hoje em dia, o panorama é mais esperançoso: o desenvolvimento de tratamentos contra o VIH e a propagação de informação preventiva permitiram baixar consideravelmente a taxa de mortalidade, bem como o número de infeções. A partir de 2017, mais de metade das pessoas infetadas com VIH, em todo o mundo, têm recebido tratamento antirretroviral – ou seja, cerca de 19.5 milhões de pessoas - ao mesmo tempo que medidas preventivas se têm revelado eficazes, até mesmo em zonas críticas como o Este e o Sul de África – uma baixa em cerca de um terço nas infeções relacionadas com o VIH (Avert, 2018).

## **2. Características do VIH/SIDA**

Segundo a *World Health Organization* (WHO), o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) é um lentivírus, ou seja, possui um longo período de incubação (tempo que decorre entre a exposição do organismo ao vírus e o aparecimento dos primeiros sintomas). Este lentivírus degrada progressivamente o sistema imunitário do hospedeiro, atacando as células CD4 e tornando-o vulnerável a vários tipos de infeções e cancro, sendo que alguns deles até poderiam ser inofensivos quando confrontados com um sistema imunitário

normal e saudável. Assim, diz-se que o indivíduo é “imunodeficiente” quando o seu sistema imunitário se encontra fragilizado ou completamente destruído.

Eventualmente, o VIH vai-se reproduzindo e alastrando pelo organismo ao longo de três fases – a primeira é a fase aguda caracterizada por sintomas ligeiros e a segunda é a fase de latência clínica, assintomática - e quando esta propagação atinge o seu estado mais avançado (Fase 3), o hospedeiro contrai o Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA), que pode demorar entre 2 a 15 anos a desenvolver-se, dependendo do indivíduo. Desta forma, é importante realçar a diferença entre estes dois conceitos associados: o VIH é o agente patológico e a SIDA é a condição resultante do agravamento da infeção por parte do vírus.

Quanto aos sintomas, a WHO afirma que estes variam consoante o estágio de desenvolvimento da doença. Nas primeiras semanas, podem nem sequer existir, mas também podem verificar-se sintomas semelhantes aos de uma gripe, incluindo febre, dor de cabeça, erupção cutânea e garganta inflamada. Porém, à medida que a infeção destrói o sistema imunitário, o quadro sintomático agrava-se, podendo ocorrer: inchaço nos gânglios linfáticos (ligados aos sistemas linfático, imunitário e circulatório, existem numerosos gânglios espalhados pelo corpo, atuando principalmente como filtros contra partículas estranhas e cancro), perda de peso, febre, diarreia e tosse. Sem tratamento, podem surgir doenças graves como a tuberculose, meningite e vários tipos de infeções e cancro, com a esperança de vida a não ultrapassar, de um modo geral, os três anos (*Centers for Disease Control and Prevention* (CDC; 2019).

De acordo com os CDC, o VIH pode ser transmitido através do contacto com certos fluídos corporais provenientes de organismos infetados (por exemplo, leite materno, sangue, sémen e secreção vaginal). Os fluídos contaminados devem entrar diretamente na membrana mucosa, tecido danificado ou corrente sanguínea do hospedeiro saudável para o infetar com VIH, sendo que os principais meios de transmissão do vírus estão relacionados com sexo desprotegido e partilha de seringas.

Contudo, o VIH não sobrevive muito tempo no exterior de um organismo, não conseguindo reproduzir-se em tais circunstâncias. É por esta razão que o vírus não é transmissível por insetos e fluídos que normalmente não se misturam com sangue infetado (saliva, lágrimas e suor).

Como podemos ver, o VIH não é um agente patogénico altamente contagioso, mas devido ao seu longo período de incubação, os portadores podem transmiti-lo através de comportamentos de risco, alheios ao facto de estarem infetados. A falta de sintomas imediatos específicos deste vírus é algo que contribui para a sua propagação entre hospedeiros, pelo que a educação e a prevenção são as melhores formas de o travar.

De acordo com Remien e Rabkin (2001), o diagnóstico de VIH pode desencadear várias respostas emocionais, tais como: choque, descrença, pânico, medo, culpa, ira, desespero, perda de esperança e dormência emocional.

Ainda assim, tendo em conta que cada sujeito tem a sua individualidade e está inserido num contexto com variáveis únicas, é possível que apresente respostas distintas dos restantes aquando do seu diagnóstico (Guerra, 1998). Importa então saber que contextos poderão potenciar vulnerabilidades a certos sintomas psicológicos.

Apesar de vivermos numa época em que a informação está mais difundida e acessível a todos, os pacientes infetados com VIH ainda sofrem com a marginalização própria do estigma associado à patologia. Aliás, várias das respostas emocionais referidas em parágrafos anteriores acabam por serem influenciadas e, até certa medida, geradas pelo referido estigma.

A propósito desta ideia, é importante referir um estudo realizado por Bauermeister et al. (2018), em que se procurou testar a associação entre o estigma social e problemas psicológicos em indivíduos seropositivos - amostra constituída por 474 homens negros jovens entre os 18 e os 30 anos, que têm sexo com outros homens, entre os quais 275 elementos não tinham VIH ou desconheciam essa informação e 199 eram, de facto seropositivos. Os resultados sugerem que existe uma associação significativa, sendo que os homens negros jovens que têm sexo com outros homens e vivenciam estigma, estão mais vulneráveis a problemas psicológicas e a menor suporte social.

Para além da vertente individual, o flagelo do VIH/SIDA tem repercussões na sociedade, incluindo todas as pessoas seronegativas. Assim, segundo Guerra (1998), as implicações psicológicas do VIH/SIDA podem ser divididas em sociais, familiares e de técnicos de saúde.

A nível social, o VIH/SIDA ainda é muito associado a certos grupos de comportamentos de risco, o que contribui para a disseminação da mesma e para a culpabilização das vítimas, tidas como praticantes de comportamentos de risco condenáveis (Guerra, 1998). Um estudo referido pela autora e realizado por Anderson (1992) mostrou que, numa amostra de estudantes universitários, havia uma maior culpabilização dos homossexuais seropositivos comparativamente aos heterossexuais, no que diz respeito à proliferação da patologia. Contudo, sabe-se hoje em dia que não é o facto de se ser homossexual ou heterossexual que pode conduzir à infeção, mas sim a falta de prevenção associada a estes grupos.

### **3. Variáveis Psicológicas Implicadas no VIH/SIDA**

Esta patologia tem implicações no paciente, não só a nível físico, mas também psicológico.

Como tal, esta secção apresenta algumas variáveis psicológicas implicadas pelo VIH/SIDA, sendo elas: qualidade de vida, imagem corporal, depressão, ansiedade e afetos.

#### **3.1 Qualidade de Vida**

Uma das definições mais antigas deste conceito data de 1947: a WHO definiu a qualidade de vida como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não só a ausência de doença ou enfermidade”. Hoje em dia, a WHO considera que a “qualidade de vida é a perceção de um indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto dos valores e da cultura em que está inserido e em relação aos seus próprios objetivos, expetativas, padrões e preocupações”, acrescentando que se trata de um conceito amplo, afetado por fatores físicos, mentais, sociais e ambientais (WHO, 2019).

Deste modo, a seroconversão afeta uma série de fatores, prejudicando a qualidade de vida do indivíduo: o paciente passa muito tempo em serviços de saúde e hospitalizações, experiencia emoções e sentimentos intensos (tais como o da desesperança, de que “não há mais nada a fazer”), alterações corporais significativas como a lipodistrofia

(distribuição anormal de gordura subcutânea ao longo do corpo), preocupações intensas com o seu próprio futuro e o das suas pessoas significativas, tendência para um profundo isolamento social e desestruturação ao nível das diferentes considerações e perceções da vida humana (AIDS Info, 2019)

Em 2018, Rasoolinajad e colaboradores realizaram um estudo transversal para investigar as relações associadas com o estigma do VIH, saúde mental e qualidade de vida em pacientes seropositivos. Foi utilizada uma amostra de 450 pacientes de uma clínica do Hospital Imam Khomeini, em Teerão, Irão. A prevalência de patologias mentais na amostra foi de 78.8%, tendo sido concluído que intervenções psicossociais reduzem o estigma associado ao VIH, tratam patologias psicológicas e ajudam a construir suporte social para melhorar a qualidade de vida destes pacientes (Rasoolinajad et al., 2018).

Biraguma, Mutimura e Frantz (2018) realizaram um estudo interessante no Ruanda, assente na noção de que a terapia antirretroviral tem aumentado a longevidade dos pacientes com VIH, mas também aumentou a incidência de Doenças Não-Transmissíveis (DNT) – por exemplo, asma, diabetes, doenças cardiovasculares e hipertensão, entre outros. Este estudo transversal determinou a associação entre dimensões da qualidade de vida de saúde física e mental, com fatores de risco biológicos e comportamentais e depois de estarem controlados os fatores sociodemográficos e relativos ao VIH – a amostra consistiu em 794 adultos residentes no Ruanda. Biraguma et al. (2018), concluíram que os fatores de risco biológicos e comportamentais para as DNT estão significativamente associados a uma qualidade de vida relacionada com a saúde, mais baixa.

### **3.2. Bem-Estar Subjetivo /Afetos**

O bem-estar subjetivo é definido como as “autoavaliações cognitivas e afetivas de uma pessoa acerca da sua vida” (Diener, Lucas, & Oishi, 2002). A componente cognitiva refere-se à vida em geral e a certos domínios específicos (trabalho, família etc.), ao passo que a componente afetiva consiste nas emoções e sentimentos: esta última componente está dividida em afetos positivos (percecionados como agradáveis, como a alegria e o amor) e negativos (percecionados como desagradáveis, como a culpa e a vergonha). Deste

modo, uma boa satisfação com a vida e uma maximização dos afetos positivos (e consequente minimização dos negativos), irá conduzir a um elevado bem-estar subjetivo.

Ainda a respeito da dimensão afetiva, que será o foco principal no estudo do bem-estar subjetivo, esta engloba não só os vários afetos previamente escritos, mas também a “frequência e intensidade experienciada pela pessoa, tanto em afetos positivos como negativos” (Diener, 1994).

Um estudo realizado por Li et al. (2017), visou analisar os papéis do auto-estigma, suporte social e afetos positivos e negativos como determinantes de sintomas depressivos entre homens chineses, infetados com VIH e que têm sexo com outros homens (MSM). Os autores constataram que 55.8% dos participantes tinha depressão (entre moderada e severa), tendo chegado a duas relações interessantes que incluem os afetos: o suporte social e o afeto positivo estavam negativamente associados à depressão, enquanto que o auto-estigma e o afeto negativo estavam positivamente associados à depressão.

Tal como demonstrado pelas suas definições e características, o bem-estar subjetivo centrado nos afetos e a qualidade de vida são dois conceitos que se relacionam, porém são distintos um do outro – uma dicotomia que torna a análise de ambos interessante, no sentido de acentuar diferenças e semelhanças, ao mesmo tempo que beneficia a população em geral.

Neste sentido, um estudo realizado por Oberjé et al. (2014), procurou perceber como é que a qualidade de vida na saúde (e outros domínios relevantes) se relacionava com o bem-estar subjetivo de pessoas com VIH (amostra de 191 sujeitos obtida a partir de centros de VIH holandeses). Os autores detetaram relações significativas entre os vários domínios da qualidade de vida e o bem-estar subjetivo. Para além disso, concluíram que a saúde mental, a saúde física e o bem-estar ambiental são bons preditores do bem-estar subjetivo. Ficou, portanto, demonstrada a importância do bem-estar subjetivo (conceito que é mais recente que o da qualidade de vida e sendo, por vezes, negligenciado), pelo que os autores recomendam que, em contexto de saúde, os profissionais complementem os cuidados direcionados à saúde física em pessoas com VIH, com mais cuidados direcionados a outros domínios, a fim de promover não só a qualidade de vida, mas também o bem-estar subjetivo – e conseguindo o melhor de dois mundos.



Um outro estudo, realizado por Reis e colaboradores (2019), procurou investigar o impacto de três variáveis na qualidade de vida de pacientes com VIH/SIDA. Uma dessas variáveis foi o “balanço de afetos” - fruto da consideração dos afetos positivos e negativos – tendo-se verificado que este é preditor de todos os domínios da qualidade de vida dos pacientes, o que acaba por atestar a grande importância que os afetos assumem no estudo desta patologia.

Assim, o bem-estar subjetivo, como um todo, acaba por assumir ainda maior destaque, uma vez que a seroconversão implica muitos aspetos dolorosos que atentam contra o bem-estar e geram mais sofrimento do que satisfação – se por um lado, a qualidade de vida é uma variável mais abrangente, servindo de ligação para todas as outras em análise, a dimensão afetiva do bem-estar subjetivo constitui uma camada mais específica e focada no intraindividual, nas suas perceções e experiências.

### **3.3 Imagem Corporal**

A imagem corporal consiste na perceção que uma pessoa tem acerca do próprio corpo. Segundo a *National Eating Disorders Association* (NEDA, 2018), é um conceito que engloba três vertentes: as crenças do indivíduo sobre a sua aparência (memórias, assunções e generalizações), os sentimentos acerca do próprio corpo (peso, altura e forma) e a forma como uma pessoa sente e controla o seu corpo enquanto se movimenta (experiência de se sentir dentro de um corpo). É uma definição muito pessoal da imagem corporal, que acaba por captar o essencial. Porém, este conceito é ainda mais complexo, já que inclui várias dimensões não diretamente referidas pela NEDA e algumas delas muito relativas à perceção do corpo enquanto parte de um sujeito inserido num grupo, isto é, variáveis sociais e culturais que afetam profundamente a imagem corporal de um indivíduo.

No quotidiano, somos bombardeados com propaganda acerca de padrões de beleza ideal, pelo que é fácil esquecermos que estes são arbitrários e variam de cultura para cultura (Bradley University, 2019). Esses padrões refletem expectativas e valores de uma cultura num determinado momento – por exemplo, os EUA, que no século XX valorizavam um corpo feminino maduro e curvilíneo, sendo que hoje em dia, em pleno

século XXI, passaram a valorizar um corpo feminino mais magro, retilíneo e com seios mais pequenos. À medida que certos padrões se consolidam, a pressão social para cada um os cumprir aumenta, o que leva a um maior *stress* e insatisfação por parte daquelas pessoas que, embora queiram corresponder a esses padrões, não o conseguem fazer por diversas razões.

Logicamente, um indivíduo que se sinta fisicamente distante da imagem corporal que define como adequada, irá sentir-se insatisfeito relativamente à mesma, o que acabará por prejudicar o seu bem-estar e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida.

Um estudo realizado por Becker et al. (2017) com 738 mulheres entre os 25 e os 86 anos, visou avaliar a imagem corporal de mulheres adultas. As autoras chegaram à conclusão que uma imagem corporal negativa estava significativamente correlacionada com um bem-estar mais pobre, afetos negativos, pior qualidade de vida e maior debilidade funcional – verificou-se o inverso para uma imagem corporal positiva.

No caso do VIH/SIDA, e tendo em conta todas as alterações fisiológicas e psicológicas que a patologia acarreta, torna-se importante considerar a imagem corporal como uma área importante a trabalhar, transformando eventuais conceções de um corpo “doente” e “fragilizado” numa imagem corporal positiva. Quando o doente é incapaz de o fazer, podem ocorrer conseqüências nefastas, tal como alguns estudos apontam.

Para estudar o tema mais aprofundadamente, torna-se imperativo desvendar o conceito nas suas várias dimensões. Neste projeto, proponho-me a investigar duas dimensões da imagem corporal, as quais apresentarei de forma breve e sucinta.

### **3.3.1 Apreciação Corporal**

A apreciação corporal consiste na capacidade de alguém se relacionar com o seu próprio corpo, aceitando-o, amando-o e apreciando a sua unicidade independentemente da identificação com certos aspetos que podem ou não ser inconsistentes com padrões de beleza pré-estabelecidos pela sociedade (Marta-Simões, Mendes, & Trindade, 2016).

Devido à subjetividade e individualidade associadas, o conceito de apreciação corporal é complexo: este é constituído pelas representações mentais do indivíduo acerca do aspeto e das potencialidades do seu corpo, bem como pela sua perceção da forma como as outras pessoas o apreciam (Thompson et al. 1999).

### **3.3.2 Responsividade/Autocuidado Corporal**

A responsividade corporal é definida como a tendência para integrar sensações corporais numa perceção consciente, para guiar a tomada de decisões e comportamentos ao invés de as reprimir ou reagir impulsivamente a elas (Daubenmier, Sze, Kerr, Kemeny, & Mehling, 2013). Estudos indicam que uma boa responsividade corporal está relacionada com uma maior prevalência de afetos positivos (Watson, Clark, & Tellegen, 1988) e menor prevalência de afetos negativos (Daubenmier, 2005). Foi também identificada como mediadora entre o bem-estar subjetivo e a consciência corporal, que é definida como uma “sensação interna acerca das estruturas corporais e das suas relações umas com as outras” (Mosby’s Medical Dictionary, 2009).

Por sua vez, o autocuidado consiste em “qualquer atividade feita deliberadamente por uma pessoa, com vista a cuidar da sua saúde mental, emocional e física” (Michael, 2018). Deste modo, o autocuidado corporal assume um enfoque na vertente física. Baratta (2018) ainda destaca que é algo que não deve ter motivações puramente narcísicas.

Finda a definição de ambos os conceitos, podemos concluir que um autocuidado corporal adequado depende de uma boa responsividade corporal, uma vez que devemos conhecer o nosso corpo, interpretando as suas várias sensações de forma a cuidar dele o melhor possível.

### **3.4. Depressão e Ansiedade**

A depressão é uma patologia mental caracterizada por uma tristeza persistente e uma perda de interesse em atividades que uma pessoa normalmente disfrutaria, sendo acompanhada por incapacidade em realizar tarefas diárias durante pelo menos duas semanas (WHO, 2017). A mesma organização ainda refere que pacientes com depressão podem manifestar vários dos seguintes sintomas: perda de energia, mudanças no apetite,

horário de sono aumentado ou reduzido, ansiedade, concentração reduzida, indecisão, inquietude, sentimentos de auto-desvalorização, culpa e perda de esperança, podendo chegar aos pensamentos de auto-mutilação e suicídio.

Um estudo de Bhatia e Munjal (2014) com uma amostra de 160 pacientes em Deli, Índia revelou que 58.75% dos pacientes em tratamento antirretroviral sofria de depressão, com a prevalência a aumentar à medida que os sintomas pioravam. Essa prevalência era ainda maior nos desempregados, não educados, não casados, integrantes de famílias conjuntas (várias gerações a viverem sob o mesmo teto, incluindo pelo menos filhos, pais e avós), elementos com baixo ou nenhum rendimento, imigrantes, elementos com uma relação pobre ou indiferente com a esposa e elementos com baixo suporte social e que tinham recorrido a trabalhadores do sexo (Bhatia & Munjal, 2014).

Posto isto, podemos concluir que o VIH/SIDA constitui um fator de grande risco para o desenvolvimento de uma depressão, patologia essa que afeta profundamente a qualidade de vida e bem-estar dos pacientes, adicionado sintomas psicológicos aos sintomas físicos já existentes e agravando o quadro clínico.

Por sua vez, a ansiedade é uma emoção caracterizada por sentimentos de tensão, pensamentos de preocupação e sintomas físicos como o aumento da pressão sanguínea, suor, tremores, tonturas e ritmo cardíaco acelerado ((*American Psychological Association* (APA, 2019)). Uma pessoa com ansiedade vivencia preocupações e pensamentos intrusivos que podem fazer com que evite certas situações por medo de ter um desempenho pobre e/ou ser julgada pelos outros. A descrição da ansiedade parece-nos familiar porque todos nós experienciamos, em algum momento, ansiedade como uma resposta a situações intensas daquele momento específico ou de um futuro próximo que estava a ser antecipado.

Porém, a ansiedade torna-se patológica quando passa a ser recorrente e a prejudicar o dia-a-dia da pessoa, sobrecarregando-a com stress e limitando as suas atividades. Uma revisão sistemática de 119 estudos qualitativos e quantitativos, efetuada por Evangeli e Wroe (2016), revelou que os riscos interpessoais percebidos de infeção estão relacionados com a revelação do VIH (contar ao parceiro que se é portador do VIH/SIDA), sendo que esta associação acarreta preocupação, medo e ansiedade. Uma pessoa infetada

não é indiferente ao estigma associado a esta patologia, sofrendo grande ansiedade acerca da necessidade de revelar esta informação às pessoas que corre o risco de infectar.

Para além do estigma, outros fatores stressores incluem a dor física e efeitos secundários da terapia antirretroviral (Brandt et al., 2017), sendo que, na opinião dos autores, estes constituem riscos não muito valorizados, pois há consideravelmente menos estudos sobre a ansiedade em pacientes com o VIH/SIDA quando comparados aos estudos sobre a depressão neste tipo de pacientes.

Perante as evidências, é inegável que estas duas patologias afetam o bem-estar mental e físico dos pacientes, o que, por sua vez, se poderá traduzir numa menor qualidade de vida.

## **Estudo Empírico**

### **1. Objetivos do Estudo**

Considerando a revisão da literatura, o presente estudo tem como principal objetivo responder à questão de investigação “Qual a variável com mais impacto na qualidade de vida dos pacientes com VIH?”. Considera-se esta questão pertinente no sentido de permitir a hierarquização de variáveis independentes frequentemente associadas ao VIH, o que ajuda a definir prioridades nas intervenções com os pacientes. Para esse efeito, a “qualidade de vida” será definida como variável principal (dependente, em termos estatísticos), sendo associada a outras variáveis de carácter sociodemográfico, clínico e psicológico.

Para além da questão de investigação, o estudo contempla uma série de objetivos específicos:

- Caracterizar as variáveis contempladas no estudo;
- Analisar a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida da amostra;
- Analisar associações entre as diversas variáveis psicológicas e a qualidade de vida;
- Definir um modelo preditor para a qualidade de vida em pacientes com VIH.

### **2. Método**

#### **2.1. Participantes**

A amostra deste estudo é constituída por 60 participantes, maiores de 18 anos e portadores do VIH. Todos os indivíduos são utentes do Serviço de Doenças Infecciosas do Centro Hospitalar de São João, no Porto.

Para este estudo, os critérios de inclusão dos participantes foram: idade igual ou superior a 18 anos, VIH diagnosticado há, pelo menos, 6 meses, autorização médica para participar e boa acuidade visual (incluindo correções através óculos ou lentes de contacto).

Paralelamente, foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: gravidez (ou período de até 6 meses após a gravidez), défice cognitivo, disforia de género, fraca acuidade visual, comportamentos de automutilação e comorbilidade psiquiátrica grave (que inviabilize a participação no estudo).

No final das consultas, os pacientes eram abordados com o intuito de participarem no estudo. Finda uma breve explicação do processo, bem como a assinatura de um consentimento informado, os participantes preenchiam o questionário. A recolha dos dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2019.

## **2.2. Caracterização dos Participantes – Variáveis Sociodemográficas**

Tendo em conta o projeto, existem quatro variáveis sociodemográficas a ter em conta: sexo, idade, escolaridade e estado civil.

Relativamente ao sexo dos participantes, verifica-se que 36 são homens (60%) e 24 são mulheres (40%).

Quanto à idade, sabemos que o sujeito mais novo tem 18 anos e que o mais velho tem 67, sendo que a amostra tem uma média de 41,32 anos (DP = 12,14).

Sobre os anos de escolaridade, é possível observar que a instrução mínima é o 4<sup>a</sup> ano, sendo que o sujeito mais instruído tem 19 anos de escolaridade (Ensino Superior). A média de escolaridade da amostra corresponde a 10,13 anos (DP = 4,13).

Finalmente, no que diz respeito ao estado civil, verifica-se que a maioria dos sujeitos está solteiro (48,3%), com os restantes a estarem casados ou em união de facto (26,7%), divorciados ou separados (18,3%) e viúvos (6,7%).

### **2.3. Caracterização dos Participantes – Variáveis Clínicas**

Neste projeto, existem quatro variáveis clínicas a considerar: tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, efeitos secundários e doenças crónicas.

No que diz respeito às duas primeiras variáveis, a média do tempo de diagnóstico dos participantes é de 11.23 anos (DP = 7.40), enquanto que o valor médio do tempo de tratamento é de 10.72 anos (DP = 7.42).

Quanto às restantes variáveis, é possível concluir que 68.3% dos inquiridos relata não sentir efeitos secundários do tratamento e que 86.7% dos participantes não tem outras doenças crónicas.

## **3. Material**

Foi efetuada recolha de dados através de um protocolo constituído por um questionário sociodemográfico e clínico e por vários instrumentos de autorrelato, utilizados na operacionalização das variáveis estudadas neste projeto. As informações recolhidas seriam utilizadas para construir a base de dados.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico e Clínico, *Body Appreciation Scale 2*, *The Positive and Negative Affect Schedule*, *Body Responsiveness Scale*, *Hospital Anxiety and Depression Scale* e a *World Health Organization Quality of Life*.

### **3.1. Questionário Sociodemográfico e Clínico**

Este questionário introdutório serve para caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas e clínicas, contendo 19 questões.

As primeiras 5 questões referem-se à idade, sexo, estado civil e profissão dos sujeitos, as questões - vertente sociodemográfica. Posteriormente, existem 10 questões (6,7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 19) relacionadas com o diagnóstico de VIH, o tratamento



recebido (incluindo possíveis efeitos secundários do mesmo), outros acompanhamentos médicos para lá de infecciologia e historial médico adicional – vertente clínica.

**3.2. *Body Appreciation Scale 2 (BAS-2;* Tylka & Wood-Barcalow, 2015; Versão portuguesa de Meneses, Torres, Miller & Barbosa, 2019).**

Esta escala resulta de uma revisão da versão original (BAS) – nesse estado antigo, a BAS tinha 13 itens, sendo que 5 deles foram reestruturados ou simplesmente descartados.

Atualmente, a BAS-2 mantém o seu objetivo: medição da apreciação corporal. A escala está validada para a população portuguesa e apresenta 10 itens (menos 3 do que na versão original).

Para além da versão portuguesa, esta escala encontra-se validada para vários outros idiomas, tais como: inglês, dinamarquês e sueco. Beneficiando de uma consistência interna elevada, esta escala tem sido positivamente correlacionada com auto-estima, bem-estar psicológico e a alimentação intuitiva. Adicionalmente, no caso da população portuguesa, a BAS-2 mostrou estar negativamente correlacionada com o Índice de Massa Corporal (IMC) (Lemoine et al., 2018).

Relativamente a este estudo, a BAS-2 apresenta uma consistência interna muito elevada, com um valor Alfa de Cronbach de 0,95. Este número é demonstrativo da fiabilidade e qualidade do instrumento.

### **3.3. *Body Responsiveness Scale (BRS; Daubenmier, 2005).***

Esta escala surgiu a partir de dois estudos descritos no artigo “The Relationship of Yoga, Body Awareness, and Body Responsiveness to Self-Objectification and Disordered Eating” (Daubenmier, 2005). Neste projeto, a autora descobriu que a responsividade corporal e a consciência corporal explicam diferenças entre grupos relativamente à auto-objetificação, satisfação corporal e perturbações alimentares. A medição da variável “consciência corporal” foi possível através de um instrumento previamente existente

(BAQ; Shields et al., 1989, as cited in Daubenmier, 2005), mas para operacionalizar a responsividade às sensações corporais, a autora criou uma escala com 7 itens – a BRS.

A BRS revelou possuir uma consistência interna elevada, com um valor de Alfa de Cronbach por volta dos 0,83. A escala acabou por ser fundamental na principal conclusão da autora: a responsividade corporal e, até certo ponto, a consciência corporal, acarretam implicações importantes na auto-objetificação e nas suas consequências, ou seja, a prática de ioga aumenta esses conceitos de auto-conhecimento corporal, o que por sua vez irá contribuir para um aumento da satisfação corporal e uma redução da auto-objetificação e de perturbações alimentares (Daubenmier, 2005).

**3.4. *The Positive and Negative Affect Schedule (PANAS; Watson et al., 1988, versão portuguesa de Simões, 1993).***

A escala PANAS contempla os afetos positivos e negativos, sendo que essas duas variáveis englobam, de uma forma geral, a experiência afetiva dos sujeitos. Deste modo, os afetos positivos constituem prazer e bem-estar subjetivo, enquanto que os afetos negativos traduzem-se em desprazer e mal-estar subjetivo (Watson, Clark & Tellegen, 1988).

A versão original é formada por 20 itens, numa escala Likert que oscila entre nada/muito pouco (1) e muitíssimo (5). Metade destes itens dizem respeito aos afetos positivos e a outra metade está relacionada com os afetos negativos.

Por outro lado, a versão portuguesa (Simões, 1993; cit in Nunes, 2009) é constituída por 22 itens, novamente divididos de forma igual no que diz respeito à avaliação dos afetos positivos e negativos (11 para cada um). Tendo em conta que esta é a versão utilizada no presente estudo, é importante referir que Simões (1993; cit in Nunes, 2009), obteve bons valores de consistência interna durante os seus testes - Alfas de Cronbach de 0.82 (afeto positivo) e 0.85 (afeto negativo).

Adicionalmente, os testes de confiabilidade da escala no contexto deste estudo, indicaram um valor ligeiramente mais alto para o afeto positivo (Alfa de Cronbach de 0.88) e um valor igual para o afeto negativo (Alfa de Cronbach de 0.85).

Adicionalmente, é importante salientar que este instrumento não está validado para a população portuguesa. Ainda assim, após serem efetuados testes estatísticos de confiabilidade, concluiu-se que a BRS apresenta uma boa consistência interna neste projeto, com um valor de Alfa de Cronbach de 0,73.

**3.5. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)***; Zigmond & Snaith, 1983; Versão portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007).

A HADS é uma escala concebida para ajudar o profissional clínico a reconhecer componentes emocionais da doença física, sendo capaz de apurar sintomatologia ansiógena e depressiva num *setting* hospitalar (Pais-Ribeiro et al., 2007). Como tal, o instrumento encontra-se dividido em 2 subescalas – uma relativa à ansiedade e outra relacionada com a depressão – cada uma com 7 itens, o que constitui um total de 14 itens. Ainda, cada resposta é dada numa escala de 4 (de 0 a 3) pontos, com os valores totais a ficarem compreendidos entre 0 e 21 pontos – tanto para a depressão como para a ansiedade.

Originalmente, o ponto de corte a partir do qual os resultados contam como clinicamente significativos foi definido em 7 pontos, ainda que este varie de acordo com os estudos e os autores – a título de exemplo, a validação portuguesa do instrumento, realizada por Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) definiu um ponto de corte a partir dos 11 pontos, sendo que o presente estudo irá utilizar este último valor como referência.

Para além disso, o instrumento apresenta uma consistência interna elevada, com valores de Alfa de Cronbach de 0.76 para a ansiedade e 0.81 para a depressão, o que o torna altamente indicado e eficaz na operacionalização dessas variáveis (Pais-Ribeiro et al., 2007).

**3.6. *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)***; WHOQOL Group. 1998; Versão portuguesa de Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T., 2006).

O WHOQOL-BREF resulta de uma abreviação da escala WHOQOL-100, estando dividida em quatro domínios específicos da qualidade de vida – saúde física, saúde psicológica, relações sociais e ambiente – e incluindo também um domínio sobre qualidade de vida e saúde gerais (WHOQOL Group, 1998).

O instrumento contém 26 questões que englobam todos os domínios acima referidos, sendo que estão organizadas em escalas de resposta de tipo Likert de 5 pontos (os itens de resposta contemplam as seguintes dimensões: intensidade, capacidade, frequência e avaliação).

Os estudos de confiabilidade realizados por Vaz Serra e colaboradores (2006), mostraram que existe uma elevada consistência interna quando se consideram os quatro domínios e as 26 questões. No que diz respeito à consistência interna de cada domínio individual, os valores mantiveram-se fortes em quase todos eles, exceto no das relações sociais (Alfa de Cronbach = 0,64).

Para além disso, também foi averiguada a consistência interna entre esta versão portuguesa do WHOQOL-BREF e o WHOQOL-100 original, tendo-se verificado bons índices também, oscilando entre 0.77 (Domínio das Relações Sociais) e 0.86 (Domínio Psicológico) (Vaz Serra et al., 2006).

No presente estudo, os vários domínios da qualidade de vida voltam a apresentar valores de consistência interna elevados, à exceção das relações sociais – uma tendência transversal aos vários estudos estatísticos descritos. Assim sendo, os valores de Alfa de Cronbach são os seguintes: 0,75 (Domínio Físico), 0,85 (Domínio Psicológico), 0,60 (Domínio das Relações Sociais) e 0,82 (Domínio do Ambiente).

Por fim, conclui-se que este instrumento representa uma mais-valia para este projeto, devido à sua confiabilidade enquanto medida eficaz para a qualidade de vida, uma qualidade também transponível para Portugal.

#### **4. Procedimento**

A recolha da amostra teve início em janeiro de 2020, sendo bruscamente interrompida em março do mesmo ano, devido à crise de saúde pública gerada pela COVID-19. Como não tinham sido recolhidos dados suficientes para garantir uma amostra equilibrada e robusta, optou-se por trabalhar com uma base de dados previamente construída por alunos da faculdade, entre fevereiro e junho de 2019 – projeto também orientado pela Doutora Marina Guerra.

Todos os princípios éticos foram cumpridos, algo comprovado pela obtenção de um parecer positivo da Comissão de Ética e do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Universitário de São João.

Para além disso, a aplicação dos questionários decorreu de acordo com as instruções previamente estabelecidas, incluindo o preenchimento de um consentimento informado por parte de cada participante.

#### **5. Análise de Dados**

A análise estatística da base de dados foi realizada com recurso ao programa informático IBM SPSS Statistics 26 (Statistical Package for Social Sciences – versão 26) e adotando um nível de significância de 5% ( $p \leq 0.005$ ).

Primeiramente, foi efetuada a caracterização dos participantes com recurso a uma análise descritiva das variáveis sociodemográficas e clínicas. No caso das variáveis quantitativas, foram apresentados valores máximos, mínimos, médios e de desvio-padrão, enquanto que as variáveis qualitativas foram representadas por frequências e percentagens. Numa fase posterior, foram realizadas análises de comparação de médias para os vários domínios da qualidade de vida, em função dos dois tipos de variáveis acima referidos – testes *t-Student* em amostras independentes para variáveis nominais e coeficiente de correlação de Pearson para variáveis métricas.

De seguida, a consistência interna dos instrumentos foi averiguada através do  $\alpha$  – Cronbach, que é capaz de indicar em que medida cada item é importante para a escala completa.

Foram ainda realizadas associações entre a qualidade de vida e as diversas variáveis psicológicas. Estes procedimentos foram possíveis com recurso ao coeficiente de correlação de Pearson.

Finalmente, foi realizada uma análise de regressão linear múltipla (Método Enter), com vista a obter modelos preditores dos vários domínios da qualidade de vida.

## Resultados

### 1. Caracterização das Variáveis

De seguida, serão apresentados os valores médios para cada variável estudada. A apreciação corporal teve 3.80 de média (DP = 0.88) e a responsividade corporal apresentou um valor médio de 4.46 (DP = 1.18). No que diz respeito à parte afetiva, a variável dos afetos positivos teve 39.33 de média (DP = 7.97) e a dos afetos negativos obteve uma média de 27.43 (DP = 8.71). Ainda, a ansiedade apresentou 8.32 de média (DP = 4.22) e a depressão mostrou um valor médio de 5.38 (DP = 3.53).

Quanto aos diversos domínios da qualidade de vida, os valores médios foram os seguintes: 61.04 para o domínio geral (DP = 19.94); 70.12 para o domínio físico (DP = 16); 69.24 para o domínio psicológico (DP = 18.38); 66.11 para o domínio das relações sociais (18.97) e 67.92 para o domínio do ambiente (DP = 16.16).

### 2. Estudo das diferenças na Qualidade de Vida

#### 2.1. Variáveis Sociodemográficas

Quanto ao sexo dos participantes, foi realizado um teste *t-Student* para amostras independentes, com o intuito de comparar os resultados dos diferentes domínios da qualidade de vida entre homens e mulheres. No domínio geral, não foram encontradas diferenças significativas entre homens (M = 64.24, DP = 19.17) e mulheres (M = 56.25, DP = 20.52;  $t(58) = -1.54$ ,  $p = 0.130$ ). Relativamente ao domínio físico, existem diferenças significativas entre homens (M = 73.61, DP = 14.34) e mulheres (M = 64.88, DP = 17.20;  $t(58) = -2.13$ ,  $p < 0.05$ ). Quanto ao domínio psicológico, não foram encontradas diferenças significativas entre homens (M = 72.57, DP = 16.94) e mulheres (M = 64.24, DP = 19.66;  $t(58) = -1.75$ ,  $p = 0.085$ ). No domínio das relações sociais, também não foram encontradas diferenças significativas entre homens (M = 69.44, DP = 18.15) e mulheres (M = 61.11, DP = 19.45;  $t(58) = -1.69$ ,  $p = 0.096$ ). Finalmente, no que diz respeito ao domínio do

ambiente, verificou-se a existência de diferenças significativas entre homens ( $M = 71.61$ ,  $DP = 15.78$ ) e mulheres ( $M = 62.37$ ,  $DP = 15.51$ ;  $t(58) = -2.24$ ,  $p < 0.05$ ).

De seguida, foi realizado outro teste t-Student para amostras independentes, desta vez para análise de diferenças de média na qualidade de vida relativas ao estado civil dos participantes. Para o efeito, a variável “estado civil” foi dicotomizada: solteiros, divorciados/separados e viúvos foram englobados na categoria “sem uma relação amorosa”, enquanto que os casados foram considerados como “estando numa relação amorosa”. Contudo, não foram encontradas diferenças significativas entre ambas as categorias para todos os domínios da qualidade de vida: domínio geral entre participantes com ( $M = 60.16$ ,  $DP = 20.01$ ) e sem relação amorosa ( $M = 61.36$ ,  $DP = 20.14$ ;  $t(58) = 0.206$ ,  $p = 0.838$ ), domínio físico entre participantes com ( $M = 68.97$ ,  $DP = 14.68$ ) e sem relação amorosa ( $M = 70.54$ ,  $DP = 16.59$ ;  $t(58) = 0.332$ ,  $p = 0.741$ ), domínio psicológico entre participantes com ( $M = 64.06$ ,  $DP = 17.86$ ) e sem relação amorosa ( $M = 71.12$ ,  $DP = 18.40$ ;  $t(58) = 1.323$ ,  $p = 0.191$ ), domínio das relações sociais entre participantes com ( $M = 66.67$ ,  $DP = 20.41$ ) e sem relação amorosa ( $M = 65.91$ ,  $DP = 18.66$ ;  $t(58) = -0.136$ ,  $p = 0.893$ ) e domínio do ambiente entre participantes com ( $M = 67.19$ ,  $DP = 13.83$ ) e sem relação amorosa ( $M = 68.18$ ,  $DP = 17.07$ ;  $t(58) = 0.209$ ,  $p = 0.835$ ).

No que diz respeito às variáveis métricas “idade” e “escolaridade”, foram realizadas análises correlacionais de coeficiente de Pearson, com o intuito de averiguar se existiam correlações significativas entre ambas as variáveis e os vários domínios da qualidade de vida.

Em primeiro lugar, verificou-se que não existem correlações significativas entre a idade e as diversas vertentes da qualidade de vida: domínio geral ( $r = -0.004$ ,  $p = 0.975$ ), físico ( $r = -0.175$ ,  $p = 0.180$ ), psicológico ( $r = 0.051$ ,  $p = 0.700$ ), relações sociais ( $r = -0.127$ ,  $p = 0.332$ ) e ambiente ( $r = -0.119$ ,  $p = 0.364$ ).

De seguida, foi realizado o mesmo procedimento para a variável “escolaridade”, tendo sido verificada uma ausência de correlações significativas entre esta e os vários domínios da qualidade de vida: domínio geral ( $r = 0.221$ ,  $p = 0.089$ ), físico ( $r = 0.234$ ,  $p = 0.072$ ), psicológico ( $r = 0.200$ ,  $p = 0.125$ ), relações sociais ( $r = 0.198$ ,  $p = 0.130$ ) e ambiente ( $r = 0.151$ ,  $p = 0.249$ ).



## 2.2. Variáveis Clínicas

No que se refere aos efeitos secundários do tratamento, foi realizado um teste *t-Student* para amostras independentes, com o objetivo de comparar os valores das diversas componentes da qualidade de vida entre pessoas que relatavam efeitos secundários e as que não o relatavam.

Após o término do procedimento estatístico, conclui-se que, em nenhum domínio existiam diferenças significativas entre participantes que reportam efeitos secundários e aqueles que não os reportam: domínio geral em participantes com efeitos secundários ( $M = 68.75$ ,  $DP = 18.83$ ) e sem efeitos secundários ( $M = 57.93$ ,  $DP = 20.68$ ;  $t(53) = 1.727$ ,  $p = 0.090$ ); domínio físico em indivíduos com efeitos secundários ( $M = 71.43$ ,  $DP = 17.94$ ) e sem efeitos secundários ( $M = 70.12$ ,  $DP = 15.64$ ;  $t(53) = 0.260$ ,  $p = 0.796$ ); domínio psicológico em participantes com efeitos secundários ( $M = 71.43$ ,  $DP = 18.41$ ) e sem efeitos secundários ( $M = 68.19$ ,  $DP = 19.04$ ;  $t(53) = 0.554$ ,  $p = 0.582$ ); domínio das relações sociais em sujeitos com efeitos secundários ( $M = 66.07$ ,  $DP = 22.75$ ) e sem efeitos secundários ( $M = 65.45$ ,  $DP = 17.93$ ;  $t(53) = 0.105$ ,  $p = 0.917$ ); domínio do ambiente em participantes com efeitos secundários ( $M = 67.86$ ,  $DP = 16.37$ ) e sem efeitos secundários ( $M = 66.84$ ,  $DP = 16.42$ ;  $t(53) = 0.199$ ,  $p = 0.843$ ).

De seguida, foi realizado o mesmo tipo de teste para comparar os resultados dos vários domínios da qualidade de vida em pacientes com e sem outras doenças crónicas. Posto isto, conclui-se igualmente que não existem diferenças significativas, em qualquer domínio da qualidade de vida, entre participantes com outras doenças crónicas e aqueles sem essas doenças: domínio geral em indivíduos com ( $M = 59.38$ ,  $DP = 12.95$ ) e sem outras doenças crónicas ( $M = 61.30$ ,  $DP = 20.90$ ;  $t(58) = -0.252$ ,  $p = 0.802$ ); domínio físico em participantes com ( $M = 67.86$ ,  $DP = 19.09$ ) e sem outras doenças crónicas ( $M = 70.47$ ,  $DP = 15.66$ ;  $t(58) = -0.427$ ,  $p = 0.671$ ); domínio psicológico em participantes com ( $M = 67.71$ ,  $DP = 21.79$ ) e sem outras doenças crónicas ( $M = 69.47$ ,  $DP = 18.03$ ;  $t(58) = -0.251$ ,  $p = 0.803$ ); domínio das relações sociais em sujeitos com ( $M = 75.00$ ,  $DP = 16.06$ ) e sem outras doenças crónicas ( $M = 64.74$ ,  $DP = 19.15$ ;  $t(58) = 1.436$ ,  $p = 0.156$ ); domínio do ambiente em participantes com ( $M = 64.84$ ,  $DP = 10.79$ ) e sem outras doenças crónicas ( $M = 68.39$ ,  $DP = 16.86$ ;  $t(58) = -0.574$ ,  $p = 0.568$ ).

Por fim, foram novamente utilizadas análises correlacionais de coeficiente de Pearson para estudar as variáveis clínicas “tempo de tratamento” e “tempo de diagnóstico do VIH”.

Quanto ao tempo de tratamento, constatou-se que não existem associações significativas entre a variável referida e os diversos domínios da qualidade de vida: domínio geral ( $r = 0.190$ ,  $p = 0.145$ ), domínio físico ( $r = -0.210$ ,  $p = 0.108$ ), domínio psicológico ( $r = -0.043$ ,  $p = 0.743$ ), domínio das relações sociais ( $r = -0.077$ ,  $p = 0.557$ ) e domínio do ambiente ( $r = -0.057$ ,  $p = 0.664$ ).

Relativamente ao tempo de diagnóstico da patologia, o cenário foi semelhante. Assim, chegou-se à conclusão de que não existem correlações significativas entre esta segunda variável clínica métrica e as várias vertentes da qualidade de vida: domínio geral ( $r = 0.195$ ,  $p = 0.135$ ), domínio físico ( $r = -0.225$ ,  $p = 0.084$ ), domínio psicológico ( $r = -0.058$ ,  $p = 0.661$ ), domínio das relações sociais ( $r = -0.095$ ,  $p = 0.468$ ) e domínio do ambiente ( $r = -0.049$ ,  $p = 0.712$ ).

### **3. Relações Entre as Variáveis Psicológicas e a Qualidade de Vida**

De seguida, apresentam-se os resultados das correlações entre as variáveis psicológicas consideradas neste estudo – apreciação corporal, responsividade corporal, afetos positivos, afetos negativos, ansiedade e depressão – com a qualidade de vida. Para o efeito, foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson.

#### **3.1. Apreciação Corporal e Qualidade de Vida**

Existe uma correlação significativa positiva elevada entre a apreciação corporal e três dos domínios da qualidade de vida: domínio geral ( $r = 0.548$ ,  $p < 0.001$ ), domínio físico ( $r = 0.525$ ,  $p < 0.001$ ) e domínio psicológico ( $r = 0.728$ ,  $p < 0.001$ ). Também se verificou a existência de uma correlação significativa positiva pequena entre a apreciação corporal e o domínio das relações sociais da qualidade de vida ( $r = 0.288$ ,  $p < 0.05$ ).

Por outro lado, não existe associação significativa entre apreciação corporal e o domínio ambiental da qualidade de vida ( $r = 0.231$ ,  $p = 0.076$ ).

### **3.2. Responsividade Corporal e Qualidade de Vida**

Não existem correlações significativas entre a responsividade corporal e as diversas componentes da qualidade de vida: domínio geral ( $r = 0.125$ ,  $p = 0.340$ ), domínio físico ( $r = -0.075$ ,  $p = 0.568$ ), domínio psicológico ( $r = 0.126$ ,  $p = 0.337$ ), domínio das relações sociais ( $r = 0.090$ ,  $p = 0.495$ ) e domínio do ambiente ( $r = 0.118$ ,  $p = 0.371$ ).

### **3.3. Afetos Positivos e Qualidade de Vida**

Existe uma correlação significativa positiva elevada entre os afetos positivos e o domínio psicológico da qualidade de vida ( $r = 0.567$ ,  $p < 0.001$ ). Ao mesmo tempo, verificou-se a existência de duas correlações significativas positivas moderadas entre os referidos afetos positivos e os domínios físico ( $r = 0.435$ ,  $p \leq 0.001$ ) e das relações sociais ( $r = 0.436$ ,  $p \leq 0.001$ ) da qualidade de vida. Por fim, identificou-se uma correlação significativa positiva pequena entre os afetos positivos e o domínio do ambiente ( $r = 0.285$ ,  $p < 0.005$ ).

Contudo, não há qualquer correlação significativa entre os afetos positivos e o domínio geral ( $r = 0.179$ ,  $p = 0.171$ ) da qualidade de vida.

### **3.4. Afetos Negativos e Qualidade de Vida**

Existem correlações significativas negativas entre os afetos negativos e todos os domínios da qualidade de vida, embora a força dessas associações varie um pouco.

No que diz respeito ao domínio psicológico, essa associação é elevada ( $r = -0.591$ ,  $p < 0.001$ ). Quanto aos domínios geral ( $r = -0.456$ ,  $p < 0.001$ ), físico ( $r = -0.489$ ,  $p < 0.001$ ) e das relações sociais ( $r = -0.350$ ,  $p < 0.005$ ), as correlações são moderadas. Finalmente,

existe ainda uma correlação pequena entre os afetos negativos e o domínio do ambiente ( $r = -0.291, p < 0.005$ ) da qualidade de vida.

### **3.5. Ansiedade e Qualidade de Vida**

Existem correlações significativas negativas entre a ansiedade e quatro dos domínios da qualidade de vida. Essas associações significativas negativas são elevadas para o domínio psicológico ( $r = -0.539, p < 0.001$ ) e moderadas para os domínios geral ( $r = -0.447, p < 0.001$ ), físico ( $r = -0.450, p < 0.001$ ) e ambiental ( $r = -0.377, p < 0,005$ ).

Porém, a ansiedade e o domínio das relações sociais ( $r = -0.254, p = 0.051$ ) não estão correlacionados significativamente.

### **3.6. Depressão e Qualidade de Vida**

Existem correlações significativas negativas entre a depressão e todos os domínios da qualidade de vida, variando entre moderadas e elevadas,

Nos domínios físico ( $r = -0.590, p < 0.001$ ) e psicológico ( $r = -0.725, p < 0.001$ ), as correlações com a depressão são elevadas. Para além disso, nos domínios geral ( $r = -0.461, p < 0.001$ ), das relações sociais ( $r = -0.496, p < 0.001$ ) e do ambiente ( $r = -0.475, p < 0.001$ ), as correlações com a depressão são moderadas.

## **4. Modelo Preditor da Qualidade de Vida**

Com base nas correlações anteriores entre as variáveis psicológicas e os diversos domínios da qualidade de vida, foram efetuadas regressões lineares múltiplas com o objetivo de definir os conjuntos de variáveis mais importantes e eficazes na predição da qualidade de vida. De seguida, serão apresentados os resultados, partindo da certeza de que todos os pressupostos das regressões foram verificados previamente.

Quanto ao domínio geral, foram associadas as seguintes variáveis: apreciação corporal, afetos negativos, ansiedade e depressão. Conclui-se que o modelo é significativo ( $RAj^2 = 0.321$ ,  $F(4,55) = 7.979$ ,  $p < 0.001$ ) e explica 32% da variância, porém, apenas a apreciação corporal pode ser considerada uma preditora significativa do referido domínio geral ( $\beta = 0.385$ ,  $p < 0.005$ ). Os resultados das variáveis não significativas foram os seguintes: afetos positivos ( $\beta = -0.188$ ,  $p = 0.271$ ), ansiedade ( $\beta = -0.076$ ,  $p = 0.678$ ) e depressão ( $\beta = -0.080$ ,  $p = 0.612$ ).

Para o domínio físico, foram selecionadas as mesmas variáveis: apreciação corporal, afetos negativos, ansiedade e depressão. O modelo para este domínio também se revela significativo ( $RAj^2 = 0.382$ ,  $F(4,55) = 10.113$ ,  $p < 0.001$ ) e explica 38% da variância. De igual modo, apenas uma variável psicológica é considerada preditora significativa, sendo, neste caso, a depressão ( $\beta = -0.362$ ,  $p < 0.005$ ). As variáveis não significativas apresentaram os seguintes resultados: apreciação corporal ( $\beta = 0.242$ ,  $p = 0.065$ ), afetos negativos ( $\beta = -0.245$ ,  $p = 0.134$ ) e ansiedade ( $\beta = 0.081$ ,  $p = 0.645$ ).

No domínio psicológico, foram selecionadas as seguintes variáveis: apreciação corporal, afetos positivos, afetos negativos e depressão. Também este domínio se assume como significativo ( $RAj = 0.706$ ,  $F(4,55) = 36.459$ ,  $p < 0.001$ ), explicando 71% da variância. Neste caso, todas as variáveis se revelaram preditoras significativas: apreciação corporal ( $\beta = 0.452$ ,  $p < 0.005$ ; é a variável que mais contribui individualmente para o modelo), afetos positivos ( $\beta = 0.230$ ,  $p < 0.005$ ), afetos negativos ( $\beta = -0.182$ ,  $p < 0.005$ ; é a variável que menos contribui individualmente para o modelo) e depressão ( $\beta = -0.220$ ,  $p < 0.005$ ).

No que diz respeito ao domínio das relações sociais, optou-se por selecionar apenas duas variáveis psicológicas (afetos positivos e depressão), por serem as que apresentam correlações mais elevadas com esta dimensão. O modelo revela-se significativo ( $RAj = 0.252$ ,  $F(2,57) = 10.943$ ,  $p < 0.001$ ), explicando 25% da variância. Ainda assim, apenas a variável "depressão" mostra ser uma preditora significativa ( $\beta = -0.367$ ,  $p < 0.005$ ), ao contrário dos afetos positivos, com valores não significativos ( $\beta = 0.219$ ,  $p = 0.123$ ).

Por fim, na predição do domínio do ambiente, foram utilizadas as seguintes variáveis: afetos positivos, afetos negativos, ansiedade e depressão. Este modelo também se revela significativo ( $RAj = 0.180$ ,  $F(4,55) = 4.248$ ,  $p = 0.005$ ), sendo capaz de explicar

18% da variância. Entre as quatro variáveis psicológicas anteriormente referidas, apenas a depressão se assume como preditora significativa deste último domínio ( $\beta = -0.394$ ,  $p < 0.005$ ). Os resultados das variáveis não significativas foram os seguintes: afetos positivos ( $\beta = 0.015$ ,  $p = 0.921$ ), afetos negativos ( $\beta = 0.061$ ,  $p = 0.746$ ) e ansiedade ( $\beta = -0.165$ ,  $p = 0.414$ ).

## Discussão

Relativamente à caracterização das variáveis em estudo (primeiro objetivo), existem várias conclusões a retirar da comparação com resultados relevantes da literatura.

A média da apreciação corporal desta amostra ( $M = 3.8$ ) é praticamente equivalente à média obtida por Lemoine e colaboradores (2018) para adolescentes e jovens adultos portugueses do sexo feminino ( $M = 3.81$ ), sendo, ainda assim, um pouco inferior ao valor que os autores referidos encontraram para o sexo masculino ( $M = 4.31$ ). De igual modo, Meneses e colaboradores (2019) também realizaram um estudo sobre a apreciação corporal, desta feita sobre adultos portugueses mais velhos (entre os 65 e os 91 anos), sendo que a média da apreciação corporal para mulheres ( $M = 4.06$ ) e homens ( $M = 4.13$ ) foi semelhante à obtida no presente estudo.

Por conseguinte, é possível concluir que a apreciação corporal desta amostra é semelhante à da população saudável, o que é um indicador muito positivo da evolução do tratamento direcionado para o VIH. Em outros tempos, os regimes de tratamento desta patologia eram muito mais exigentes do ponto de vista físico – uso abundante e elevado de comprimidos, dosagens inconvenientes, interações restritivas entre comida e medicamentos, limitações relacionadas com a toxicidade, supressão viral incompleta e emergência de resistências a medicamentos - e produziam resultados inferiores aos que conhecemos atualmente (Tseng et al., 2015). Todos estes fatores, embora existissem para ajudar o paciente, não contrariavam a imagem de “corpo doente” com várias limitações e fraquezas, o que por sua vez teria também o seu impacto do ponto de vista psicológico – incluindo a apreciação corporal do paciente.

Hoje em dia, os tratamentos são consideravelmente mais simples, com regimes a envolverem um consumo regular, mas modesto, de comprimidos (um ou dois, diariamente). Para além disso, a esperança média de vida aumentou e aproximou-se de valores considerados saudáveis (Tseng et al., 2015). Quando o tratamento dos pacientes acarreta menos limitações físicas e os aproxima da realidade das populações normativas, a apreciação corporal também vai sair beneficiada.

Por sua vez, a responsividade corporal ( $M = 4.5$ ) assumiu-se como uma variável de pouca importância no presente estudo, uma vez que não teve associações significativas

com as variáveis testadas nem fez parte dos modelos preditores – ao contrário da variável “apreciação corporal”, cujo contributo para o estudo foi mais vincado. É possível que, estando ambas subjacentes à imagem corporal, uma delas tenha acabado por se revelar mais redundante na medição das variáveis.

Quanto aos afetos, as médias obtidas para esta amostra foram consideravelmente diferentes entre si: afetos positivos ( $M = 39.3$ ) e afetos negativos ( $M = 27.4$ ). Um estudo de DePaoli e Sweeney (2000) foi realizado com estudantes de uma universidade na Pensilvânia, chegando a uma predominância de afetos positivos sobre os negativos. Por outro lado, um estudo mais recente realizado por Wong e colaboradores (2020) com jovens adultos malaios (vários deles estudantes do ensino superior), levou-os a encontrar médias superiores nos afetos positivos comparativamente aos afetos negativos.

Perante isto, é possível inferir que a amostra seropositiva deste estudo possui uma vivência afetiva com predominância para os afetos positivos. Aliás, Fredrickson e Losada (2005) defendem que rácios elevados de afetos positivos para negativos são essenciais para o desenvolvimento humano (descrito pelos autores como “florescer”). Ainda assim, a experiência afetiva negativa não deve ser negligenciada, pois o valor não é assim tão baixo e representa uma parte importante do dia-a-dia destes pacientes.

Tal como evidenciado no parágrafo referente à apreciação corporal, a evolução dos procedimentos de tratamento da patologia proporcionou uma melhoria do estado físico dos pacientes, o que também se reflete num maior bem-estar psicológico. Este bem-estar acaba por se traduzir, inevitavelmente, em afetos positivos, pois estas pessoas sentem que o controlo sobre a doença e sobre o rumo das suas vidas é maior. Para além disto, não podemos ignorar o papel da informação neste bem-estar: quando a doença surgiu, era severamente incompreendida, o que gerava maior receio por parte das populações e diminuía o suporte social destes pacientes. À medida que as populações foram desmistificando certas crenças sobre a doença, bem como aprendendo a lidar melhor com a mesma, estes doentes passaram a contar com um maior apoio da sociedade – isto conduziu a um maior conforto para os pacientes e, conseqüentemente, à predominância dos afetos positivos.

No que diz respeito às variáveis “ansiedade” ( $M = 8.3$ ) e “depressão” ( $M = 5.4$ ) – ambas operacionalizadas pelo mesmo instrumento – conclui-se que nenhum dos valores se



situa acima do ponto de corte entre “normal” e “patologia ligeira”. Neste sentido, é possível concluir que, para a amostra do presente estudo, tanto os scores da ansiedade como da depressão não são clinicamente significativos.

Para além da referência ao manual original do instrumento, Pais-Ribeiro e colaboradores (2007) realizaram um estudo de validação da HADS para a população portuguesa. Como parte deste estudo, foi medida a ansiedade e a depressão numa amostra de portugueses com várias patologias e, embora o VIH não tenha sido uma delas, estava presente um grupo de controlo “sem patologia” (este consiste num bom meio de comparação entre os valores do presente estudo e os da população saudável testada no trabalho de validação). Relativamente ao grupo “sem patologia”, os autores relataram valores para a ansiedade ( $M = 7.81$ ) e depressão ( $M = 3.22$ ) inferiores aos encontrados no presente estudo.

Uma das principais conclusões a retirar tem a ver com o impacto da recomendação de diferentes pontos de corte para a significância clínica. Torna-se evidente que estas divergências podem levar a “falsos positivos” e “falsos negativos”, pelo que é importante alcançar um consenso que permita análises mais precisas e uniformes. Tendo em conta o presente estudo, ele tende a contrariar os resultados da literatura, uma vez que a ansiedade e a depressão costumam ser prevalentes em indivíduos seropositivos (ainda que a sua expressão dependa de vários fatores).

Num estudo da ansiedade e da depressão em pacientes com VIH/SIDA, Vinhas (2008) constatou que a prevalência de ambas as patologias nestes pacientes é significativa, com uma expressão maior naqueles com tempo de diagnóstico inferior a 6 meses. Como sabemos, um dos critérios de inclusão do presente estudo contemplou a seleção de indivíduos com um tempo de diagnóstico superior a 6 meses que estariam, à partida, mais estabilizados do ponto de vista do *coping* com a doença – maior estabilidade e conhecimento diminuem os aspetos negativos associados, incluindo a ansiedade e a depressão. Num contexto potenciador de stress, Silva (2013) estudou a prevalência de ambas as variáveis em pacientes com VIH/SIDA num meio prisional. Aqui, foram reportados valores consideravelmente mais elevados comparativamente ao presente estudo, indicando que o contexto em que cada indivíduo está inserido acaba por ser determinante e indissociável da vivência com o VIH.

Relativamente à qualidade de vida, os valores dos domínios geral (M = 61.04), físico, (M = 70.1), psicológico (M = 69.2) e relações sociais (M = 66.1) encontram-se abaixo dos resultados equivalentes para a população portuguesa saudável, tal como verificado por Serra e colaboradores (2006). Os autores obtiveram os seguintes valores: domínio geral (M = 71.5), físico (M = 77.5), psicológico (M = 72.4), e relações sociais (M = 70.4). Porém, o domínio do ambiente é um *outlier*, no sentido em que a média do presente estudo (M = 67.9) é superior à da população portuguesa saudável (M = 64.9) – isto significa que os participantes do presente indicam ter uma qualidade de vida superior à normal em termos de segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, oportunidades para aquisição de novas informações e competências, oportunidades/participação de recreio e lazer, ambiente físico (poluição, barulho, trânsito e clima) e transportes (Serra et al., 2006).

No que diz respeito aos valores encontrados por Serra e colaboradores (2006) para a população portuguesa seropositiva, os valores foram todos inferiores aos do presente estudo: domínio geral (M = 49.1), físico (M = 54.99), psicológico (M = 64.4), relações sociais (M = 64.5) e ambiente (M = 58.79), o que pode ser novamente explicado por avanços consideráveis nos tratamentos e no conhecimento generalizado sobre a patologia. Para além disso, o facto da média para o domínio do ambiente ser particularmente elevada pode ter a ver com melhorias em algumas componentes desse domínio: as oportunidades para aquisição de novas informações e competências nunca foram tão numerosas como atualmente e o sistema de saúde está cada vez melhor preparado para lidar com pacientes seropositivos (incluindo acompanhamento hospitalar gratuito de especialidade e também de outras áreas como a Psicologia). A rede pública de transportes também está fortalecida atualmente, com numerosas opções de viagem e ligações ao redor do Hospital de São João.

Passando para a análise da influência de variáveis sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida da amostra (segundo objetivo). Quanto ao sexo dos participantes, verificou-se a existência de uma qualidade de vida superior dos homens face às mulheres nos domínios físico e ambiental. Porém, no que diz respeito à idade, escolaridade e estado civil, não há diferenças significativas.

Sobre as diferenças na qualidade de vida, um estudo de Rzesutek e colaboradores (2017) encontrou diferenças significativas na qualidade de vida (também com valores superiores para os homens) nos mesmos domínios do presente estudo (físico e ambiental).

Contudo, os autores sublinharam que essas diferenças desapareceram após serem controladas duas variáveis sociodemográficas (empregabilidade e escolaridade). Os mesmos autores fizeram breves referências a estudos cujos resultados apontam para uma qualidade de vida superior da parte dos homens em pelo menos um domínio.

Em relação à idade, a ausência de diferenças significativas pode estar relacionada com o facto da faixa etária do estudo não ser tão abrangente quanto seria ideal (idades compreendidas entre 18 e 67 anos, tal como descrito na secção de caracterização das variáveis). Deste modo, é possível que caso a amostra contemplasse pacientes heptagenários ou octagenários, as diferenças poderiam aparecer. No caso da escolaridade, as conclusões do presente estudo são contrárias ao que indica a literatura – esta aponta a variável como tendo um efeito multidimensional e recíproco (tanto influencia os vários domínios como é influenciado por eles) na qualidade de vida (Edgerton et al., 2011). Quanto ao estado civil, é certo que não foram encontradas diferenças significativas, mesmo com a dicotomização a ditar uma maioria dos sujeitos sem relação amorosa relativamente aos que tinham uma relação amorosa. Um estudo de Han e colaboradores (2014) mostrou que a qualidade de vida é melhor nos homens casados do que nos solteiros, enquanto que as mulheres solteiras possuem melhor qualidade de vida do que as casadas e separadas/divorciadas. Ainda assim, são resultados que parecem variar consideravelmente de acordo com a cultura, pois as relações conjugais são vividas de forma bastante diferente ao redor do globo.

Ainda no mesmo objetivo, importa discutir os resultados das variáveis clínicas: tempo de diagnóstico, tempo de tratamento, efeitos secundários e doenças crónicas. Nenhuma destas variáveis apresenta diferenças significativas no que diz respeito à qualidade de vida. Sobre a penúltima variável, é pertinente dizer que há poucos sujeitos a sentirem efeitos secundários devido ao tratamento, o que ilustra claramente a evolução da terapêutica e parte dos seus benefícios na saúde dos participantes. Ainda assim, deve ser salientado que a maioria dos participantes já estava estabilizada do ponto de vista da patologia, com acompanhamento de especialidade já há vários anos – isto significa que um acompanhamento mais recente poderia produzir diferenças.

Acerca da análise das associações entre as variáveis psicológicas e a qualidade de vida (terceiro objetivo), apenas a responsividade corporal não se relaciona com qualquer domínio da qualidade de vida. Relativamente à apreciação corporal, afetos positivos e

negativos, ansiedade e depressão, todas contribuem de alguma forma para a qualidade de vida.

Começando pela apreciação corporal, esta tem associações positivas significativas com quase todas as componentes da qualidade de vida, exceto o domínio ambiental. Tendo em conta que todos os outros domínios envolvem, até certo ponto, o corpo do paciente ou sentimentos que poderão estar ligados ao mesmo, faz sentido que o domínio ambiental seja aquele que sofre o menor impacto da apreciação corporal. Paralelamente, é perfeitamente natural que a apreciação corporal (e, de um modo geral, a imagem corporal) seja tão importante para a qualidade de vida dos pacientes, pois contribui para um autoconceito mais positivo e ajuda a que o indivíduo se torne mais confiante.

De facto, a literatura apoia esta conclusão: um estudo de Nayir e colaboradores (2016) apontam a imagem corporal como um forte preditor da qualidade de vida. Igualmente, Begovic-Juhant e colaboradores (2012) defendem que a imagem corporal é um dos fatores que deve ser trabalhado em intervenções com populações clínicas, com vista a melhorar a qualidade de vida.

Em relação aos afetos positivos e negativos, estes possuem um impacto inegável na qualidade de vida: no presente estudo, foram encontradas associações positivas entre os afetos positivos em quase todos os domínios da qualidade de vida – exceto o domínio geral. De forma inversa, foram encontradas associações negativas entre os afetos negativos e todos os domínios da qualidade da vida. Em suma, indivíduos com uma vivência emocional tendencialmente positiva vão ter melhor qualidade de vida do que aqueles que tendem mais para as vivências emocionais negativas.

Estes resultados não são surpreendentes, pois a literatura evidencia estas mesmas conclusões. Num estudo de Reis e colaboradores (2019), os afetos foram apontados como fortes preditores dos vários domínios da qualidade de vida, sendo desejável a predominância dos afetos positivos sobre os negativos.

Por fim, tanto a ansiedade como a depressão são importantes na predição da qualidade de vida: tendo em conta a amostra do presente estudo, a ansiedade possui associações negativas com praticamente todos os domínios da qualidade de vida – à exceção do domínio das relações sociais. De modo semelhante, a depressão possui também

associações negativas com a qualidade de vida, desta feita com todos os domínios da mesma. É possível concluir que a ausência de valores clinicamente significativos para ambas as patologias é o cenário desejável para a manutenção de uma qualidade de vida generalizada ideal.

Embora a maioria destes resultados sejam expectáveis, considera-se surpreendente a ausência de uma associação negativa significativa entre a ansiedade e o domínio das relações sociais – tal como descrito por Serra e colaboradores (2006), este domínio é composto pelas relações sociais, apoio social e atividade sexual. Ora, a presença de ansiedade é tida como um fator que frequentemente diminui a qualidade do contacto social humano, pois torna-o menos prazeroso e mais sofrível do que seria normal e desejado. Também a atividade sexual sai prejudicada com a presença de ansiedade, pois pode levar a quebras de performance e à presença de outras experiências emocionais negativas associadas ao ato sexual – desconforto e medo, por exemplo.

De um modo geral, os resultados encontrados no presente estudo são suportados pela literatura, uma vez que a ansiedade e a depressão são duas psicopatologias que aparecem frequentemente associadas à população seropositiva – um estudo de Ezeamama e colaboradores (2016) corroboram o impacto negativo destas psicopatologias na qualidade de vida, referindo ainda que são especialmente danosos aquando do início da terapia antirretroviral. Peter e colaboradores (2014) também chegaram a conclusões semelhantes, constituindo mais um exemplo do consenso científico nesta matéria.

Por fim, resta discutir a conceção do modelo preditor para a qualidade de vida (quarto objetivo). Depois de discutidas as associações anteriores, verificou-se que existem quatro variáveis com grande importância no modelo preditor dos vários domínios: apreciação corporal, afetos positivos, afetos negativos e depressão.

De facto, a importância destas variáveis na qualidade de vida é suportada por vários estudos. A apreciação corporal – e a imagem corporal, em termos mais abrangentes – revelou-se fulcral para a manutenção de um bom autoconceito, com implicações óbvias para a qualidade de vida (Nayir et al., 2016; Begovic-Juhant et al., 2012).

No que diz respeito à vivência emocional dos indivíduos, os afetos positivos e negativos assumiram-se como variáveis muito influentes na qualidade de vida. A literatura

corroborou o esperado: a promoção dos afetos positivos e a atenuação dos afetos negativos melhoram a qualidade de vida (Reis et al., 2019).

Adicionalmente, é importante salientar o impacto da depressão na qualidade de vida destes pacientes, uma vez que se correlacionou de forma significativa com todos os seus domínios. É uma patologia insidiosa e capaz de afetar tanto indivíduos saudáveis como seropositivos, tal como a literatura mostrou (Ezeamama et al., 2016; Peter et al., 2014).

## Conclusão

Em suma, constata-se que a apreciação corporal e os afetos positivos estão positivamente associados à qualidade de vida, enquanto que os afetos negativos e a depressão estão negativamente associados a essa variável. Estas quatro variáveis psicológicas constituem os principais preditores estudados da qualidade de vida em indivíduos seropositivos. Verificou-se que a depressão é a variável psicológica com maior expressividade, sendo preditora significativa em todos os domínios, com exceção do geral.

Quanto às potencialidades deste estudo, sublinha-se o facto de contribuir com mais dados para o corpo de conhecimento relativo ao VIH/SIDA, nomeadamente a forma como sujeitos seropositivos percecionam a sua qualidade de vida e que variáveis os podem beneficiar e/ou prejudicar. Apesar do estudo da depressão ser habitual nesta área, as restantes variáveis são estudadas com menor frequência, especialmente a apreciação corporal – tendo em conta que esta última assumiu um papel de destaque no modelo preditor encontrado, o presente estudo acaba por constituir um avanço na consciencialização para certas variáveis importantes que não são tão prevalentes na literatura.

Não obstante, o estudo também apresenta algumas limitações. Tendo em conta que a amostra foi recolhida num centro hospitalar do Porto, as conclusões podem não ser representativas de toda a população portuguesa seropositiva. Para além disso, a amostra também padece de uma certa homogeneidade quanto à variável clínica “tempo de diagnóstico” - valores mais abrangentes poderiam resultar em conclusões diferentes. Por último, a própria natureza transversal do estudo acaba por limitar os resultados, já que um estudo transversal poderia permitir outras comparações capazes de fortalecerem as conclusões.

Por fim, destaca-se a importância da depressão na qualidade de vida associada ao VIH/SIDA, especialmente no que diz respeito ao domínio psicológico. Ainda que, em contexto clínico, a prioridade frequentemente consista na estabilização do humor do paciente com recurso a psicofármacos, é fundamental que este seja complementado e seguido do acompanhamento psicológico especificamente direcionado para esta problemática – a articulação entre a Psiquiatria e a Psicologia é altamente benéfica para estes pacientes.

Para além disso, a eficácia da intervenção psicológica irá depender de uma adaptação às necessidades de cada indivíduo, pois existem diversas variáveis individuais a ter em conta, incluindo a gravidade da sintomatologia depressiva e o suporte social do paciente. De um modo geral, a Terapia Cognitivo-Comportamental assume-se como particularmente eficaz no combate a esta psicopatologia, tendo em conta a literatura existente e a prática clínica do autor. Ainda que este formato de psicoterapia estruturada apresente resultados comprovados, recomenda-se a realização de estudos adicionais que contribuam no sentido de melhorar as intervenções previamente existentes ou até mesmo descobrir novas possibilidades de tratamento psicológico.



## Referências Bibliográficas

- AIDS Info (2019). HIV and Lipodystrophy. Obtido de <https://aidsinfo.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/22/61/hiv-and-lipodystrophy>
- American Psychological Association (2019). Anxiety. Obtido de <https://www.apa.org/topics/anxiety>
- AVERT (2019). History of HIV and AIDS overview. Obtido de <https://www.avert.org/professionals/history-hiv-aids/overview>
- Anderson, V.N. (1992). For whom is this world just? Sexual orientation and AIDS, *Journal of Applied Social Psychology*, 22 (3), 248-259.
- Bauermeister, J. A., Muessig, K. E., Flores, D. D., Legrand, S., Choi, S., Dong, W., . . . Hightow-Weidman, L. B. (2018). Stigma Diminishes the Protective Effect of Social Support on Psychological Distress Among Young Black Men Who Have Sex With Men. *AIDS Education and Prevention*, 30(5), 406-418. doi:10.1521/aeap.2018.30.5.406
- Baratta (2018). Self Care 101 - 10 ways to take better care of you. *Psychology Today*. Obtido de <https://www.psychologytoday.com/us/blog/skinny-revisited/201805/self-care-101>
- Becker, C. B., Verzijl, C. L., Kilpela, L. S., Wilfred, S. A., & Stewart, T. (2017). Body image in adult women: Associations with health behaviors, quality of life, and functional impairment. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1536–1547. doi: 10.1177/1359105317710815
- Begovic-Juhant, A., Chmielewski, A., Iwuagwu, S., & Chapman, L. A. (2012). Impact of Body Image on Depression and Quality of Life Among Women with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 30(4), 446-460. doi:10.1080/07347332.2012.684856
- Bhatia, M. S., & Munjal, S. (2014). Prevalence of Depression in People Living with HIV/AIDS Undergoing ART and Factors Associated with it. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. Obtido de <http://dx.doi.org/10.7860/JCDR/2014/7725.4927>

- Biraguma, J., Mutimura, E., & Frantz, J. M. (2018). Health-related quality of life and associated factors in adults living with HIV in Rwanda. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*, 15(1), 110–120. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1080/17290376.2018.1520144>
- Bradley University (2019). Body and Beauty Standards. Obtido de <https://www.bradley.edu/sites/bodyproject/standards/>
- Brandt, C., Zvolensky, M. J., Woods, S. P., Gonzalez, A., Safren, S. A., & O’Cleirigh, C. M. (2017). Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 51, 164–184. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2016.11.005>
- Canadian Foundation for AIDS Research (2019). HIV and AIDS History. Toronto, Canada: CANFAR
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). About HIV/AIDS. Georgia, USA: CDC
- Centers for Disease Control and Prevention (2019). HIV Transmission. Georgia, USA: CDC
- Daubenmier, J. J. (2005). The Relationship of Yoga, Body Awareness, and Body Responsiveness to Self-Objectification and Disordered Eating. *Psychology of Women Quarterly*, 29(2), 207–219. SAGE Publications. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00183.x>
- Daubenmier, J., Sze, J., Kerr, C. E., Kemeny, M. E., & Mehling, W. (2013). Follow your breath: Respiratory interoceptive accuracy in experienced meditators. *Psychophysiology*, 50(8), 777–789. Wiley. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1111/psyp.12057>
- DePaoli, L.C., & Sweeney, D.C. (2000). Further Validation of the Positive and Negative Affect Schedule. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2000. Vol. 15. No. 4, 561-568. Obtido de [https://www.academia.edu/download/36659205/DePaoli\\_PNAS.pdf](https://www.academia.edu/download/36659205/DePaoli_PNAS.pdf)
- Diener, E. (1994). El bienestar subjetivo. *Intervención Psicosocial*, 3 (8), 67-113.

- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 463-473). London: Oxford University Press.
- Edgerton, J. D., Roberts, L. W., & Below, S. V. (2011). Education and Quality of Life. *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*, 265-296.  
doi:10.1007/978-94-007-2421-1\_12
- Evangelini, M., & Wroe, A. L. (2016). HIV Disclosure Anxiety: A Systematic Review and Theoretical Synthesis. *AIDS and Behavior*, 21(1), 1–11. Springer Nature. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>
- Ezeamama, A. E., Woolfork, M. N., Guwatudde, D., Bagenda, D., Manabe, Y. C., Fawzi, W. W., & Smith Fawzi, M. C. (2016). Depressive and Anxiety Symptoms Predict Sustained Quality of Life Deficits in HIV-Positive Ugandan Adults Despite Antiretroviral Therapy: A Prospective Cohort Study. *Medicine*, 95(9), e2525.  
<https://doi.org/10.1097/MD.0000000000002525>
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive Affect and the Complex Dynamics of Human Flourishing. *American Psychologist*, 60(7), 678–686. Obtido de <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0003-066X.60.7.678>
- Guerra, M.P. (1998). *Sida: Implicações Psicológicas*. Lisboa: Edições Fim de Século
- Han, K. T., Park, E. C., Kim, J. H., Kim, S. J., & Park, S. (2014). Is marital status associated with quality of life? *Health and quality of life outcomes*, 12, 109.  
<https://doi.org/10.1186/s12955-014-0109-0>
- Lemoine, J.E., Konradsen, H., Lunde Jensen, A., Roland-Lévy, C., Ny, P., Khalaf, A., & Torres, S. (2018). Factor structure and psychometric properties of the Body Appreciation Scale-2 among adolescents and young adults in Danish, Portuguese, and Swedish. *Body Image*, 26, 1-9. DOI: 10.1016/j.bodyim.2018.04.004
- Li, J., Mo, P. K. H., Wu, A. M. S., & Lau, J. T. F. (2017). Roles of Self-Stigma, Social Support, and Positive and Negative Affects as Determinants of Depressive Symptoms

Among HIV Infected Men who have Sex with Men in China. *AIDS and Behavior*, 21(1), 261–273. doi: 10.1007/s10461-016-1321-1

Marta-Simões, J., Mendes, A. L., Trindade, I. A., Oliveira, S., & Ferreira, C. (2016). Validation of the Body Appreciation Scale-2 for Portuguese women. *BMC Health Services Research*, 16, 82, 92. doi:10.1186/s12913-016-1423-5. Obtido de <http://hdl.handle.net/10316/47079>

Meneses, L., Torres, S., Miller, K. M., & Barbosa, M. R. (2019). Extending the use of the Body Appreciation Scale -2 in older adults: A Portuguese validation study. *Body Image*, 29, 74-81. doi:10.1016/j.bodyim.2019.02.011

Michael, R. (2018). What Self-Care Is — and What It Isn't. *Psych Central*. Obtido de <https://psychcentral.com/blog/what-self-care-is-and-what-it-isnt-2/>

Mosby's Medical Dictionary, 8th edition (2009). body awareness. Obtido de <https://medical-dictionary.thefreedictionary.com/body+awareness>

National Eating Disorders Association (2018). Body Image. Obtido de <https://www.nationaleatingdisorders.org/body-image-0>

Nayir, T., Uskun, E., Yürekli, M. V., Devran, H., Çelik, A., & Okyay, R. A. (2016). Does Body Image Affect Quality of Life?: A Population Based Study. *PloS one*, 11(9), e0163290. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163290>

Nunes, L (2009). Promoção do Bem-estar Subjetivo dos Idosos através da intergeracionalidade. (*Dissertação de mestrado, não publicada*). Universidade de Coimbra, Coimbra. Obtido em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/11787/1/Tese%20Lisa%20Nunes.pdf>

Oberjé, E. J. M., Dima, A. L., Hulzen, A. G. W. V., Prins, J. M., & Bruin, M. D. (2014). Looking Beyond Health-Related Quality of Life: Predictors of Subjective Well-Being among People Living with HIV in the Netherlands. *AIDS and Behavior*, 19(8), 1398–1407. doi: 10.1007/s10461-014-0880-2

- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R. & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the hospital anxiety and depression scale. *Psychology, Health and Medicine*, 12(2), 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Park, C. L. (2014). Integrating positive psychology into health-related quality of life research. *Quality of Life Research*, 24(7), 1645–1651. doi: 10.1007/s11136-014-0889-z
- Peter, E., Kamath, R., Andrews, T., & Hegde, B. M. (2014). Psychosocial Determinants of Health-Related Quality of Life of People Living with HIV/AIDS on Antiretroviral Therapy at Udupi District, Southern India. *International journal of preventive medicine*, 5(2), 203–209.
- Rasoolinajad, M., Abedinia, N., Noorbala, A. A., Mohraz, M., Badie, B. M., Hamad, A., & Sahebi, L. (2018). Relationship Among HIV-Related Stigma, Mental Health and Quality of life for HIV-Positive Patients in Tehran. *AIDS and Behavior*, 22(12), 3773–3782. Springer Nature. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1007/s10461-017-2023-z>
- Reis, A., Lencastre, L., Jonsson, C., & Guerra, M. P. (2019). Treatment Adherence, Meaning in Life and Affects in Quality of Life of HIV/AIDS Patients. *Journal of Happiness Studies*. doi:10.1007/s10902-019-00182-y
- Remien, R. H. (2001). Psychological aspects of living with HIV disease. *Western Journal of Medicine*, 175(5), 332–335. doi: 10.1136/ewjm.175.5.332
- Rzeszutek, M. (2017). Health-related quality of life and coping strategies among people living with HIV: The moderating role of gender. *Archives of Womens Mental Health*, 21(3), 247-257. doi:10.1007/s00737-017-0801-2
- Serra, A.V., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., ... Paredes, T. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.
- Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII (3), 387-404.

- Silva, A. (2013). Depressão e Ansiedade em Pessoas com VIH+ em Meio Prisional: Relação com a Qualidade de Vida (*Tese de Mestrado*) Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto. Obtido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9416/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tseng, A., Seet, J., & Phillips, E. J. (2015). The evolution of three decades of antiretroviral therapy: Challenges, triumphs and the promise of the future. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 79(2), 182-194. doi:10.1111/bcp.12403
- Tylka, T. L., & Wood-Barcalow, N. L. (2015). The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation. *Body Image*, 12, 53–67. Obtido de <http://dx.doi.org/10.1016/j.bodyim.2014.09.006>
- Vinhas, R. S. A. (2008). A expressão da Ansiedade e da Depressão em pacientes com VIH/SIDA (*Tese de Mestrado*, Universidade Fernando Pessoa). Obtido de <https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1046/2/Tese%20Raquel%20Vinhas.pdf>
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070.
- World Health Organization (s.d.). "Depression: Let's talk" says WHO, as depression tops list of causes of ill health. Obtido de <https://www.who.int/news/item/30-03-2017--depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health>
- World Health Organization (s.d.). HIV/AIDS. Obtido de <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/hiv-aids>
- WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-Bref Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(3), 551-8.
- Wong, M., Croarkin, P.E., Lee, C.K., & Lee, P. F. (2020). Validation of Pictorial Mood Assessment with Ottawa Mood Scales and the Positive and Negative Affect Scale for

Young Adults. *Community Ment Health J.* Obtido de:

<https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10597-020-00679-4>

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x